AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES

Formulario del Estado 48398 (R / 6-06) / FI 0009S

Asistencia "Cash" (Cash Assistance, en inglés) – Asistencia Temporaria para las Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families (TANF, en inglés); Asistencia Cash para Refugiados (Refugee Cash Assistance (RCA, en inglés); Cupones para Alimentos (Food Stamps, en inglés); Cobertura de salud (Health Coverage, en inglés) – Medicaid; Hoosier Healthwise

Por favor lea este formulario sobre los derechos y las responsabiliades de los programas que usted ha elegido. Cuando hacemos referencia a "usted", queremos decir todas las personas que solicitan y reciben beneficios en su grupo familiar. Al firmar la última página, usted acuerda haber recibido una copia de este formulario y entiende su contenido. Si tiene alguna pregunta, consulte con su trabajador del caso.

SECCIÓN 1 ESTA SECCIÓN ES PARA TODOS LOS PROGRAMAS.

Los requisitos adicionales de los programas específicos están en las siguientes secciones.

1. Usted tiene derecho a solicitar los beneficios en cualquier momento durante las horas normales de oficina. La fecha en que usted presenta su solicitud determina la fecha del comienzo de sus beneficios si es elegible. **No se retrase en completar su solicitud.**

2. Usted puede designar a una persona para que solicite los beneficios en su nombre.

3. Se tomará una decisión con relación a su solicitud dentro de los siguientes períodos de tiempo: 30 días para Cupones para alimentos si usted no tiene derecho a un servicio acelerado; 45 días para Asistencia Cash y Cobertura de salud, excepto Medicaid de acuerdo con la categoría de Discapacidad, lo cual es de 90 días.

4. Usted tiene derecho a rever la información que suministró y fue ingresada en el sistema computarizado de ICES.

5. Usted deberá responder a todas las preguntas que son requeridas para la determinación de la elegibilidad para los programas que ha elegido. Toda la información que proporcione es confidencial y se usará para la determinación de su elegibilidad para los beneficios.

6. La elegibilidad se determina sin consideración de raza, color, credo, sexo, edad, discapacidad, origen nacional o creencia política. La información solicitada sobre su descendencia racial y étnica es para cumplir con la Ley Federal de Derechos Civiles y la Ley de Cupones para alimentos. Sin embargo, usted no tiene que suministrar dicha información. Si usted decide no ofrecernos esta información, indicaremos una raza/clasificación étnica para usted con el propósito de la recolección de datos.

7. Se deberá otorgar un número de Seguro Social (Social Security number (SSN, en inglés) por cada uno de los solicitantes que pueda tener, legalmente, un número. Si usted no tiene un SSN deberá solicitar uno. Este requisito no corresponde a determinados inmigrantes que no puedan, legalmente, tener un número y, por lo tanto, puedan ser elegibles para los servicios de emergencia únicamente de acuerdo con Medicaid/Hoosier Healthwise, no TANF ni Food Stamps. Su SSN será usado para la revisación de los registros de otras agencias estatales y federales, como Social Security Administration, Bureau of Motor Vehicles, Internal Revenue Service, Department of Workforce Development, y otros registros de asistencia pública de otros estados. Cualquier información que recibamos sobre usted de parte de estas fuentes se mantiene en forma estrictamente confidencial y se usa únicamente para determinar su elegibilidad para los beneficios. Puede ser que solicitemos los números de Seguro social de los miembros de la familia que no están presentando la solicitud, sin embargo, usted no tiene que suministrarlos como una condición de elegibilidad. La determinación de la elegibilidad no se retrasará, rechazará o descontinuará debido a la espera de la emisión de un número de Seguro social.

8. Si usted es un inmigrante deberá suministrar el documento que muestra su estatus inmigratorio. La persona que no suministre los documentos inmigratorios o no tenga documentación, no puede recibir Cupones para alimentos o asistencia cash y podrá ser elegible únicamente para la cobertura de salud para emergencias médicas. El estatus inmigratorio de los inmigrantes legales que solicitan o reciben beneficios está sujeto a verificación de parte del U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS).

9. Usted tendrá que verificar determinada información que suministre en base a los requisitos de los programas que ha elegido. Si ha tratado de obtener los documentos necesarios pero no lo puede hacer, podrá firmar una descarga de información y el trabajador del caso obtendrá la información. Cualquier formulario de descarga de información que usted firme deberá tener el nombre de la persona, la agencia u organización con la que se comunicará el trabajador del caso.

10. Determinadas personas deberán estar incluidas en la solicitud y/o tener sus ingresos, recursos, necesidades y/o gastos en consideración para la determinación de la elegibilidad de los beneficios. Por esta razón, usted deberá reportar a cada persona que vive con usted.

11. Se requiere que usted reporte los cambios de sus circunstancias a Division of Family Resources (División de Recursos para la Familia). Los cambios que deberá reportar incluyen su nueva dirección, si se muda, aumentos o disminución del ingreso, los recursos de su grupo familiar o cualquier cambio en las circunstancias familiares que podría afectar su elegibilidad para los beneficios. Usted debe reportar los cambios dentro de los diez (10) días de la fecha en la que tiene conocimiento del cambio. Los requisitos para reportar de los Cupones para alimentos son distintos dependiendo de la duración de su período de certificación. Además, hay determinadas circunstancias en Medicaid /Hoosier Healthwise en las que los recursos no son tomados en cuenta y el ingreso de los padres está exento y, por lo tanto, los cambios no tienen que ser reportados. El trabajador del caso le dará un formulario describiendo sus responsabilidades para reportar información al finalizar la entrevista.

SECCIÓN 1 (*continúa*) **ESTA SECCIÓN ES PARA TODOS LOS PROGRAMAS.**

12. Se requiere que usted suministre la información completa y correcta a su mejor saber y entender. La persona que reciba los beneficios mediante el suministro intencional de información falsa o sin haber reportado información puede ser procesada criminalmente de acuerdo con la ley estatal o federal.

13. Usted tiene derecho a recibir un aviso escrito sobre cualquier acción tomada con relación a su solicitud o los beneficios que recibe.

14. Usted puede solicitar una audiencia imparcial por escrito si está en desacuerdo con cualquier acción tomada con respecto a su caso, incluyendo el procesamiento tardío de su solicitud. Su caso puede ser presentado en la audiencia por cualquier persona de su elección. *(Observación: Los beneficiarios de Cupones para alimentos pueden hacer su solicitud para una audiencia de Cupones para alimentos de manera verbal).*

15. Si usted considera que ha sido discriminado de parte de Family and Social Services Administration en el procesamiento de su solicitud o la determinación de su elegibilidad para los beneficios, tiene derecho a presentar una queja de derechos civiles comunicándose con la agencia federal abajo mencionada:

Cupones para alimentos:

Escribir a: United States Department of Agriculture
Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

Llamar a: (202) 720-5964 (voz y TDD, para sordos)

Asistencia Cash o cobertura de salud:

Escribir a: Department of Health and Human Services
Director, Office for Civil Rights
Room 506-F
200 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20201

Llamar a: (202) 619-0403 (voz)
(202) 619-3257 (TDD)

SECCIÓN 2 **ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA MEDICAID Y HOOSIER HEALTHWISE.**

Si usted no está solicitando cobertura de salud, diríjase a la Sección 3.

1. La categoría para la que usted reúne los requisitos será seleccionada para usted. Algunas categorías ofrecen cobertura limitada. Su aprobación para la mayoría de los beneficios para los que usted es elegible se basará en la información que nos haya suministrado. Sin embargo, si desea que su elegibilidad sea determinada de acuerdo con una categoría distinta, usted tendrá el derecho a elegirla.

2. Usted deberá presentar los documentos para cualquier beneficio para el que pueda ser elegible, como Social Security o pensiones o beneficios por discapacidad.

3. Los beneficios pagados en su nombre después de cumplir los cincuenta y cinco años de edad (55) se convierten en un reclamo preferido contra su patrimonio. Este reclamo tiene prioridad por sobre todos los reclamos excepto los reclamos registrados anteriormente y los impuestos.

4. Nosotros no reportaremos a los inmigrantes indocumentados al United States Citizenship and Immigration Service.

5. Por favor lea *atentamente* la siguiente información sobre la asignación de derechos médicos y el establecimiento de la paternidad. *Si tiene alguna pregunta comuníquese con su trabajador del caso.*

   (a) Si está solicitando cobertura de salud para usted mismo y tiene 18 años o es mayor de 18, se le requiere asignar los derechos médicos. Esto incluye los derechos al sustento médico y el pago de la atención médica que usted tenga para sí mismo y cualquier otra persona que figure en esta solicitud y cuyos derechos pueden ser legalmente asignados por usted. Si usted no procede de esta manera, no será elegible. Se requiere cooperación para la obtención de sustento médico o los pagos de un tercero, incluyendo el hecho de tener la paternidad establecida legalmente para sus hijos. Usted deberá informarnos sobre cualquier acción legal o administrativa que tomará para la obtención del pago de la atención médica recibida, como un arreglo por lesión personal. Observe la exención a la cooperación en el ítem (c).

   El establecimiento de la paternidad es un servicio importante para los miembros de Medicaid /Hoosier Healthwise en beneficio de los niños que no tienen padres legales. Con excepción de los niños registrados en el Paquete C de Hoosier Healthwise, este es un servicio gratuito. Cuando usted firme la asignación médica este servicio estará a su disposición. Si los niños son elegibles para la cobertura médica enviaremos la información a Child Support Office (Oficina de Sustento para los niños) del fiscal de su condado local y ellos le ayudarán con los pasos adicionales.

   (b) **Si usted solicita la cobertura de salud únicamente para sus hijos y no para usted mismo,** le aconsejamos que tome ventaja del servicio gratuito para el establecimiento de la paternidad para los niños que no tengan padres legales. Cuando sus hijos están registrados en la cobertura de salud usted podrá comunicarse con su oficina local para el sustento de los niños en la oficina del fiscal de su condado. No se cobra por el establecimiento de la paternidad ni ningún otro servicio para el sustento de los niños registrados en Medicaid/Hoosier Healthwise, excepto para los del Paquete C de Hoosier Healthwise.

   (c) EXENCIÓN: Si usted considera que los requisitos para la cooperación con el sustento médico, incluyendo el establecimiento de la paternidad, causará daños físicos o emocionales a los niños, podrá solicitar una exención de este requisito.

   La elegibilidad de sus *hijos* para Hoosier Healthwise/Medicaid no se verá afectada si usted no coopera con el establecimiento de la paternidad o no firma la asignación médica de la solicitud.

SECCIÓN 2 (*continúa*) **ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA MEDICAID Y HOOSIER HEALTHWISE.**

6. Para los niños registrados en el Paquete C de Hoosier Healthwise hay un máximo de la cantidad de costo-participación que usted tendrá que pagar. Esta cantidad es el 5% de su ingreso anual antes de los impuestos. Es responsabilidad suya llevar un registro de la cantidad de primas y copagos que usted paga. Si usted llega al máximo deberá comunicarse con la Oficina de Recursos para la familia y suministrar sus recibos para no tener que efectuar más pagos. Si sus hijos están aprobados para el Paquete C, el aviso de aprobación que usted reciba le informará cuál es el máximo del costo-participación.

7. Los indios americanos miembros de una tribu reconocida federalmente están exentos de las primas y los copagos del Paquete C. Usted deberá suministrar una identificación tribal para poder recibir esta exención.

8. Los servicios preventivos de salud están disponibles para los niños menores de veintiún años (21). Usted puede solicitar asistencia con la programación de citas y efectuar los arreglos del transporte para los servicios de Health Watch comunicándose con su trabajador del caso.

SECCIÓN 3 **ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA FOOD STAMPS.**

Si usted no está solicitando Food Stamps, diríjase a la Sección 4.

1. Si su grupo familiar tiene un ingreso pequeño o no tiene ingresos o incluye un trabajador agrícola migratorio por temporada, su solicitud de Food Stamps podría recibir un procesamiento acelerado especial. Esto significa que usted podría recibir los beneficios de Food Stamp dentro de los siete (7) días de la fecha de presentación de la solicitud. Para ser elegible para el procesamiento acelerado usted deberá completar todas las preguntas de la Solicitud para Asistencia- Parte 1, Sección E. Si usted no es elegible para el procesamiento acelerado podrá solicitar una conferencia. La conferencia será programada dentro de los dos (2) días y no reemplazará o retrasará la solicitud de una audiencia imparcial.

2. Para ser elegible para Food Stamps, las personas de dieciseis años (16) a (59), inclusive, deberán registrarse para trabajar y realizar actividades específicas. Estas actividades incluyen registrarse para trabajar, aceptar y mantener un trabajo adecuado y cooperar con IMPACT. Las personas que no cooperan con dichas reglas sin una razón justificada pueden ser descalificadas y no recibirán Food Stamps hasta que cooperen o por lo menos dos (2) meses para la primera violación, seis (6) meses para la segunda violación y treinta y seis (36) meses para la tercera violación. Algunas personas pueden estar exentas de estos requisitos. Comuníquese con su trabajador del caso sobre estas exenciones.

3. Si se le efectúa un sobrepago de los beneficios de Food Stamp y se realiza un reclamo de sobrepago contra su grupo familiar, la información de su solicitud y todos los Números de Seguro Social (SSN, en inglés) podrían ser derivados a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de deudas con el propósito de cobro.

4. Cada una de las personas que recibe los beneficios de Food Stamp deberá seguir estas reglas:

   ⇨ NO suministrar información falsa para obtener o continuar recibiendo los beneficios de Food Stamp.

   ⇨ NO intercambiar o vender los beneficios de Food Stamp o las tarjetas de Hoosier Works.

   ⇨ NO alterar los documentos para recibir más beneficios de Food Stamp de los que tiene derecho a recibir.

   ⇨ NO usar los beneficios de Food Stamp para comprar artículos que no son elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.

   ⇨ NO usar los beneficios de Food Stamp de otras personas o la tarjeta de Hoosier Works para su beneficio personal.

   Si usted viola las reglas arriba descritas voluntariamente entonces se le podría excluir del Programa de Food Stamp durante doce (12) meses si es su primera violación, veinticuatro (24) meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación.

   ⇨ NO usar los beneficios de Food Stamp para comprar drogas ilegales, armas de fuego, municiones o explosivos.

   Cualquier persona que compre drogas ilegales con los beneficios de Food Stamp será excluida del programa durante veinticuatro (24) meses por la primera violación y permanentemente por la segunda violación. Cualquier persona que compre armas de fuego, municiones o explosivos con los beneficios de Food Stamp será excluida permanentemente por la primera violación. Los violadores también podrían ser multados hasta diez mil ($10,000) dólares, encarcelados hasta cinco (5) años o ambos y podrían estar sujetos a procesamiento de acuerdo con las leyes federales y estatales.

5. **Cualquier persona declarada culpable de tráfico (compra, intercambio o venta de los beneficios de Food Stamp o las tarjetas de Hoosier Works) de los beneficios de Food Stamps por quinientos ($500) dólares o más será excluida permanentemente del programa de Food Stamp. Una persona será descalificada durante diez (10) años si Family & Social Services Administration o una corte estatal o federal determina que hizo declaraciones falsas o suministró información falsa sobre su identidad o lugar de residencia y recibió los beneficios de Food Stamp por duplicado.**

SECCIÓN 3 (*continúa*) **ESTA SECCIÓN ES ÚNICAMENTE PARA FOOD STAMPS.**

6. Si usted no es responsable de un niño dependiente, es una persona sana y en condiciones entre los dieciocho (18) y cuarenta y nueve (49) años, usted recibirá Food Stamps durante un período no mayor a los tres (3) meses, excepto si usted:

   - Trabaja por lo menos veinte (20) horas semanales como promedio durante cada mes; o
   - Participa en un Job Program (Programa de trabajo) aprobado por Family and Social Services Administration por lo menos veinte (20) horas semanales o reúne una de las exenciones o
   - Participa en una actividad del Community Work Experience Program (CWEP).

   Si usted ha perdido elegibilidad después de recibir Food Stamps durante tres (3) meses, podrá volver a obtenerla si :

   - Trabaja por lo menos ochenta (80) horas en un período de treinta (30) días o,
   - Participa por lo menos ochenta (80) horas en un período de treinta (30) días en un Job Program aprobado; o
   - Reúne una de las excenciones o
   - Participa en una actividad CWEP.

7. Para recibir una deducción para los gastos siguientes usted deberá reportar y suministrar prueba a su trabajador del caso de:

   ✓ Gastos para el cuidado del niño

   ✓ Pago de la renta o hipoteca

   ✓ Gastos médicos

   ✓ Gastos de servicios públicos u otro tipo de protección o refugio

   ✓ Sustento para el niño pagado a un miembro que no forme parte del grupo familiar

   El incumplimiento de reportar o verificar cualquiera de los gastos arriba indicados será aceptado como una declaración de parte de su grupo familiar de que usted no desea recibir una deducción por el gasto no reportado.

SECCIÓN 4 **ESTA SECCIÓN CORRESPONDE A FOOD STAMPS Y CASH ASSISTANCE.**

Si usted no solicita Food Stamps o Cash Assistance, diríjase a la última página para firmar su nombre.

1. Para poder permanecer elegible para los beneficios de Food Stamp y Cash, se le derivará al programa de empleo y capacitación. Se le requerirá participar en el programa de empleo y capacitación y desarrollar actividades específicas excepto si reúne cierto criterio de exención.

2. **Cualquier persona que huya para evitar ser procesado por un delito o prisión después de haber sido declarado culpable de un delito, o esté en violación de la libertad condicional o período de prueba será inelegible para recibir los beneficios de Food Stamp y TANF. La información en el archivo de su trabajador del caso podría hacerse pública y puesta a disposición de las autoridades a cargo del cumplimiento de la ley para permitirles arrestar a las personas que huyan para evitarla.**

3. **Cualquier persona que ha sido encontrada culpable, de acuerdo con la ley federal o estatal, de un delito, que incluye posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, será inelegible para recibir beneficios.**

4. Si usted renuncia a un trabajo voluntariamente sin una razón justificada o si se le despide de un trabajo por razones disciplinarias, podría afectar su elegibilidad y la cantidad de beneficios que reciba.

5. Los inmigrantes indocumentados que no soliciten asistencia no serán reportados al United States Citizenship and Immigration Service.

SECCIÓN 5 **ESTA SECCIÓN CORRESPONDE A TANF ÚNICAMENTE.**

1. Los derechos de sustento (acumulados, pendientes y continuos) deben ser asignados al estado. La asignación está sujeta a 42 U.S.C. Sección 608 (a) (3) de acuerdo a su enmienda. La asignación de los derechos de sustento constituye una obligación financiera que se le debe al estado por parte del pagador. Usted debe estar de acuerdo con la cooperación con la aplicación del sustento que podría incluir el establecimiento de la paternidad, la obtención de una orden de la corte o el pago del sustento mediante las cortes. El incumplimiento con la cooperación podría resultar en la terminación de la asistencia.

   Excepción: Si usted considera que la cooperación con el cumplimiento de las actividades de sustento causará daño físico o emocional a su(s) hijo(s) entonces podrá solicitar la eximición de este requisito.

   En el momento de la terminación de la elegibilidad de TANF, la asignación cesa con respecto al sustento actual. La asignación no terminará con respecto al dinero debido al estado y los gobiernos federales debido a la prestación de asistencia pública. Después de la terminación de la asistencia, de acuerdo con las leyes estatales y federales, si la persona legalmente obligada debe sustento actual y o obligaciones pendientes al beneficiario previo de TANF y al estado, el sustento actual y las obligaciones serán pagadas primero al beneficiario previo y luego al estado, con la excepción de las compensaciones federales impositivas que se aplicarán, en primer lugar, a las cantidades a las que tenga derecho el gobierno estatal y federal. Las actividades de aplicación del sustento continuarán para usted si bien su TANF ha terminado excepto si usted le comunica, por escrito, al Child Support Bureau que estos servicios deberían ser descontinuados.

2. Cuando usted solicite TANF deberá seguir las siguientes reglas:

   ⇨ NO hacer declaraciones falsas o engañosas.

   ⇨ NO tomar ninguna acción para esconder o retener los hechos, distorsionar su situación o suministrar documentos falsos.

   Si usted viola las reglas arriba descritas se le podría excluir del Programa TANF durante seis (6) meses si es su primera violación, doce (12) meses por la segunda violación y permanentemente por la tercera violación.

3. La persona encontrada culpable en una corte por el delito menor de violación de las reglas abajo indicadas puede ser descalificada del programa TANF durante doce (12) meses por la primera y segunda violación y permanentemente por la tercera violación. Las personas encontradas culpables por haber cometido un delito de violación de las reglas pueden ser descalificadas durante diez (10) años por la primera y segunda violación y permanentemente por la tercera.

   ⇨ NO haga declaraciones falsas o engañosas.

   ⇨ NO tome ninguna acción para esconder o retener los hechos, distorsionar su situación o suministrar documentos falsos.

4. Mientras forme parte del programa TANF podría estar disponible para usted un servicio de asistencia para el cuidado de los niños. La asistencia para el cuidado de los niños también podría estar disponible si pierde su elegibilidad TANF debido a las ganancias.

5. Mientras usted forme parte del programa TANF deberá seguir las siguientes reglas:

   - Garantizar que sus hijos reciban sus vacunas de acuerdo con su edad.
   - Garantizar que sus hijos en edad escolar asistan a la escuela regularmente.
   - Garantizar que sus hijos sean criados en un hogar seguro.
   - Usted no usará drogas ilegales ni otras sustancias que podrían interferir con su capacidad para ser autosuficiente.
   - Usted cooperará con el programa IMPACT para desarrollar un plan de autosuficiencia y cumplirá con los requisitos especificados en el plan. Si no cumple o se niega a cooperar con el programa IMPACT podrían imponerse sanciones que incluyen la pérdida de los beneficios cash y Hoosier Healthwise.
   - Usted no recibirá beneficios cash adicionales para los niños nacidos después de los diez (10) meses que siguen a la fecha en que se le autorizó a recibir los beneficios TANF.
   - Si usted es un padre menor de edad, residirá con un adulto que sea pariente suyo, como un padre, padrastro o abuelo o un adulto que sea su guardián legal.

6. El recibo de los beneficios cash TANF estará limitado a un total de veinticuatro (24) meses para los adultos y sesenta (60) meses para sus familias.

CONFIRMACIÓN	
He recibido una copia del "AVISO RELACIONADO CON LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES," y entiendo toda la información incluida en este formulario.	
Firma del cliente	Fecha de la firma(*mes, día ,año)*
Firma del testigo si firmó con una "X"	Fecha de la firma *(mes, día, año)*
He explicado las condiciones del "Aviso relacionado con los derechos y las responsabilidades " a:	
Firma del trabajador del caso	Fecha de la firma *(mes, día, año)*